

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

Référence :

voir l'item I - 11 - Q 193, traité dans notre numéro du 15 janvier 2007

(Rev Prat 2007;57[1]:85-94)

Seuls des éléments de réponse aux questions, fournis par l'auteur, vous sont communiqués. Cependant, selon les recommandations du CNCI, vos réponses devront être « rédigées » en faisant des phrases et des paragraphes.

Vous recevez aux urgences pédiatriques un enfant âgé de 5 ans pour une détresse respiratoire évoluant depuis 48 heures dans un contexte de rhinopharyngite fébrile. Il n'a pas d'antécédents particuliers en dehors de « bronchites asthmatiformes » à répétition, d'après la maman. À l'examen, l'enfant est très calme et parle très peu, il est pâle, polypnéique avec un tirage sus-sternal et intercostal. La FR est à 46/min, la saturation en air ambiant est à 90 %, le pouls est à 140/min, la température à 38 °C. À l'auscultation, vous retrouvez un murmure vésiculaire et des sibilants peu audibles.

■ QUESTION N° 1

Quel est votre diagnostic ?
Sur quels arguments ?

■ QUESTION N° 2

Quels sont les critères de gravité présents ?

■ QUESTION N° 3

Quels examens complémentaires demandez-vous aux urgences ?

■ QUESTION N° 4

Quelle est votre prise en charge immédiate ?

■ RÉPONSE N° 4

• Hospitalisation en réanimation devant des signes de mauvaise tolérance et de gravité.
• Oxygénothérapie sous-nasale ou au masque (en fonction du débit nécessaire, masque à haute concentration si plus de 3 L/min en oxygène) pour obtenir une saturation supérieure ou égale à 96 %.
• En urgence, bêta-2-mimétique + d'action rapide : salbutamol 2,5 mg/2,5 mL, en nébulisation à renouveler toutes les 15 minutes sur la première heure.
• Pose d'une voie veineuse périphérique avec apports de base IV.
• Corticothérapie générale précoce : Solupred 1 à 2 mg/kg/j en 1 prise.
• Discuter l'antibiothérapie en fonction des résultats de la radiographie de thorax et du bilan biologique (l'antibiothérapie n'est recommandée qu'en présence d'éléments évocateurs d'une pneumopathie bactérienne).
• Surveillance : scope, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, auscultations pulmonaires, repêches, pression artérielle, température, saturation en oxygène, signes de lutte respiratoire, facilité à parler, valeurs du débit expiratoire de pointe (DEP), réponse aux bêta-2-mimétiques.

Éléments de réponse

■ RÉPONSE N° 1

• Crise d'asthme aigue grave : détresse respiratoire aigue grave avec sibilants chez un enfant ayant comme antécédents des épisodes récidivants de gêne respiratoire avec sifflements : « bronchites asthmatiformes » à répétition décrites par la maman.

■ RÉPONSE N° 3

• Difficultés d'élocution.
• Murmure vésiculaire et sibilants peu audibles (le silence auscultatoire est un signe majeur de gravité).
• Pâleur.
• Polypnée.
• Signes de lutte (tirage intercostal et sus-sternal).
• Saturation à 90 % en air ambiant.
• Tachycardie (trop élevée pour n'être expliquée que par la fièvre).
• Gaz du sang (évaluer la gravité par mesure de la capnie).
• Radiographie de thorax face et de profil à la recherche d'un foyer pulmonaire (fièvre) et permet d'éliminer un faux asthme (corps étranger, déviation de la trachée par compression extrinsèque...).

■ RÉPONSE N° 2

Remerciements

D^r Nicolas Roulet-Renoleau¹,
D^r Elisabeth Gilbert-Bonnet²,
Pr Elie Saliba¹

1. Réanimation pédiatrique,
2. Service de pédiatrie A, hôpital Clocheville, CHRU Tours, 37044 Tours Cedex 1.